

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit *Tuberculosis* (TB) masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat dunia. Hal ini ditunjukkan bahwa sejak tahun 1992, *Tuberculosis* (TB) sudah menjadi *global emergency* oleh *World Health Organization* (WHO). Menurut WHO, Tuberkulosis (TB) disebabkan oleh bakteri *Microbacterium tuberculosis* yang mempengaruhi paru-paru. Tuberkulosis dapat disembuhkan dan dapat dicegah. Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 menyatakan bahwa tuberkulosis merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh *microbacterium* yang dapat menyerang paru dan organ lainnya⁽¹⁾.

Tuberkulosis pada tahun 2015 merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia di samping HIV. Berdasarkan *Global tuberculosis report 2015* menyatakan bahwa terdapat 9,6 juta kasus TB baru. Dari 9,6 juta kasus, hanya 6 juta kasus (63%) yang dilaporkan ke WHO, dan dari 58% kasus berada di wilayah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. India, Indonesia, dan China merupakan negara dengan jumlah kasus TB terbanyak, masing-masing yaitu 23%, 10% dan 10% dari total kasus TB global⁽²⁾. Tahun 2016 WHO melaporkan dalam *Global tuberculosis report 2016* bahwa terdapat 9,4 juta kasus TB baru (infeksi) di seluruh dunia dengan angka kematian yang disebabkan oleh TB terdapat sekitar 1,4 juta kasus, dan tambahan 0,4 juta kematian TB pada penderita HIV. India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistan, dan Afrika Selatan merupakan enam negara penyumbang 60% kasus baru TB⁽³⁾. *Global tuberculosis 2017* WHO menyatakan bahwa kasus TB pada tahun 2016 yaitu 10,4 juta kasus dan ini setara dengan 140 kasus/ 100.000 populasi⁽⁴⁾.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015 menyatakan bahwa angka prevalensi TB sebesar 647/100.000 penduduk yang meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 272/100.000 penduduk. Angka insiden TB sebesar 399/100.000 penduduk yang juga meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 183/100.000 penduduk. Untuk angka Mortalitas sebesar 41/100.000 penduduk dan tahun sebelumnya hanya 25/100.000 penduduk. Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur merupakan tiga provinsi dengan jumlah kasus tertinggi. Jumlah kasus dari ke tiga provinsi ini yaitu 38% dari jumlah seluruh kasus di Indonesia. Sedangkan menurut jenis kelamin jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan yaitu 1,5 kali dibandingkan pada perempuan. Menurut kelompok umur, kasus paling banyak ditemukan pada kelompok umur 23-34 tahun yaitu sebesar 18,65%⁽⁵⁾.

Sedangkan berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 yang dikutip dari *Global Tuberculosis Report 2016* melaporkan bahwa insiden TB di Indonesia tahun 2015 sebesar 395 kasus/ 100.000 penduduk dan angka kematian sebesar 40/100.000 penduduk dan 10/100.000 penduduk pada penderita HIV dengan TB. Berdasarkan data hasil survei prevalensi TB tahun 2013-2014 dengan *model prediction*, estimasi prevalensi TB pada tahun 2015 sebesar 643/ 100.000 penduduk dan estimasi prevalensi TB 2016 sebesar 623/100.000 penduduk⁽⁶⁾.

Insiden TB di Sumatera Barat pada tahun 2015 yaitu 131.65/ 100.000 penduduk untuk semua tipe kasus TB dan 102.35/ 100.000 penduduk untuk TB Paru BTA positif. Sedangkan angka kematian TB pada tahun 2015 sebanyak 3.56/ 100.000 penduduk atau 0,48 orang per hari⁽⁷⁾. Sedangkan pada tahun 2017 Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan bahwa angka insiden semua tipe TB sebesar 131.65/100.000 penduduk, sedangkan insiden kasus baru TB BTA Positif sebesar 4.597/100.000 penduduk⁽⁸⁾.

Trend penyakit TB di Kota Padang berdasarkan Profil Kesehatan Kota Padang tahun 2016 menyatakan bahwa jumlah kasus TB meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 1.116 kasus di tahun 2015 menjadi 1557 kasus di tahun 2016. Untuk suspek tahun 2016 berjumlah 9.591 kasus, dan persentase TB Paru terhadap suspek adalah 9,38 %⁽⁹⁾. Pada tahun 2017 trend penyakit TB juga mengalami peningkatan kasus dari tahun sebelumnya yaitu menjadi 2.029 kasus. Kasus TB pada anak 0-14 tahun sebanyak 209 kasus, jumlah suspek TB berjumlah 13.397 kasus dan persentase TB Paru terhadap suspek adalah 7,40%⁽¹⁰⁾.

Untuk menanggulangi dan mengendalikan masalah penyakit TB direkomendasikan menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang digencarkan WHO sejak tahun 1995. DOTS atau pengobatan disertai pengamatan langsung⁽¹⁰⁾. Penemuan dan penyembuhan pasien merupakan fokus utama dari strategi DOTS. Target penting yang harus dicapai dalam penanggulangan TB salah satunya adalah menyembuhkan 85% kasus TB menular di masyarakat. Menurut prof. Tjandra Yoga, sedikitnya terdapat 3 faktor yang menyebabkan tingginya kasus TB di Indonesia yaitu lamanya pengobatan TB (6 bulan) sehingga sering mengancam penderita untuk putus berobat, perkembangan penyakit AIDS yang semakin cepat, dan munculnya masalah TB-MDR.

Adanya kejadian TB-MDR membuat keadaan penyakit TB semakin parah dan menghambat program penanggulangan TB di Indonesia maupun dunia. TB-MDR merupakan keadaan dimana *Microbacterium tuberculosis* tidak merespon lagi terhadap dua Obat Anti TB (OAT) yang paling efektif yaitu isonizid dan rifampisin dengan atau tanpa obat lainnya. Pengobatan TB-MDR di negara berkembang menjadi suatu masalah berat dalam penanggulangannya. Pengobatan pada penderita

TB-MDR lebih sulit diobati dengan angka keberhasilan hanya 50% dan biaya pengobatan yang juga mahal bisa sampai 100 kali lebih mahal⁽¹¹⁾.

Tuberkulosis resisten terhadap obat (TB-MDR) merupakan ancaman yang terus-menerus dan selalu dilaporkan setiap tahunnya. Tahun 2015 WHO melaporkan pada *Global Tuberculosis Report 2015* bahwa terdapat 480.000 kasus TB yang resisten terhadap berbagai obat (TB-MDR) yang diperkirakan sudah terjadi pada tahun 2014 dan hanya seperempat kasus ini 123.000 terdeteksi dan dilaporkan. Secara global diperkirakan 3,3 % kasus TB baru dan 20% dari kasus yang diobati sebelumnya memiliki TB-MDR⁽²⁾. *Global Tuberculosis Report 2016* menyatakan bahwa pada tahun 2015 terdapat 480.000 kasus baru TB yang resisten terhadap berbagai obat (TB-MDR) tambahan 100.000 orang dengan TB resisten-rifampisin (RR-TB) yang juga memenuhi syarat untuk pengobatan TB-MDR. India, China, Federasi Rusia adalah negara yang menyumbang 45% dari total gabungan 580.000 kasus TB MDR secara global⁽³⁾. Sedangkan berdasarkan *Global Tuberculosis Report 2017* yang menyatakan kenaikan kasus TB yaitu 490.000 juta kasus TB resisten terhadap berbagai obat (TB-MDR) muncul pada tahun 2016 dan tambahan yang rentan terhadap isoniazid tetapi resisten terhadap rifampisin (TB-RR) yaitu sebanyak 110.000 kasus. Negara-negara dengan jumlah kasus TB MDR/TB-RR terbesar pada tahun 2016 masih negara China, India dan Federasi Rusia yang menyumbang kasus sebesar 47% dari total global kasus TB MDR⁽⁴⁾.

Tahun 2015 WHO melalui *Global Tuberculosis Report 2015* melaporkan perkiraan proporsi kasus TB yang memiliki TB-MDR secara global untuk 27 negara dengan beban TB-MDR yang tinggi dan termasuk Indonesia. Perkiraan proporsi kasus TB dengan TB-MDR di Indonesia tahun 2015 yaitu 1,9 % (CI 95%: 1,4-2,5)⁽²⁾. Sedangkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun

2015 melaporkan bahwa kasus TB-RR/TB-MDR di Indonesia sejak tahun 2009 hingga 2014 cenderung meningkat. Pada tahun 2014, dilaporkan terdapat 1716 kasus TB-RR/TB-MDR dari 9244 suspek yang diperiksa, dan 1109 yang sudah diobati⁽¹²⁾. Tahun 2017 WHO dalam *Global Tuberculosis Report 2017* melaporkan perkiraan proporsi kasus TB yang memiliki TB-MDR di Indonesia yaitu 2,8% dengan CI 95% (2,2-3,5)⁽⁴⁾. Tahun 2016 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan penemuan kasus TB-MDR tahun 2015 yaitu terdapat 15.380 terduga kasus, 1860 kasus yang dilaporkan, dan 1566 kasus yang diobati⁽¹³⁾.

Kasus TB-MDR juga menjadi ancaman di Provinsi Sumatra Barat. Hal ini ditunjukkan oleh tren kasus TB setiap tahun yang semakin meningkat yaitu pada tahun 2015 terdapat insiden kasus TB sebanyak 6.603 kasus, insiden kasus TB baru sebanyak 4.790 kasus⁽⁷⁾. Pada tahun 2016 kasus meningkat dengan insiden TB baru sebanyak 6.825 kasus dan insiden kasus TB baru sebanyak 5.258 kasus⁽⁸⁾.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat tahun 2018 melaporkan kasus TB-MDR berdasarkan rumah sakit yang menangani kasus TB-MDR, yaitu terdapat sebanyak 79 kasus yang tersebar di beberapa daerah di Sumatra Barat. Dimana terdapat 45 kasus di RS Sumbar yang terletak di Kabupaten Padang Pariaman, 23 kasus di RSUD Dr. Achmad Mochtar yang terletak di Kota Bukittinggi, 3 kasus di RSUD Solok yang terletak di Kota Solok, 6 kasus di RSUP M. Djamil yang terletak di Kota Padang, 1 kasus di RSUD Sungai Dareh yang terletak di Kabupaten Dharmasraya, dan 1 kasus di RSUD Dr. M. Zein yang terletak di Kabupaten Pesisir Selatan⁽¹⁴⁾.

Kasus TB MDR di Kota Padang sendiri berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Padang menyatakan bahwa pada tahun 2015 terdapat 9 kasus TB MDR dengan rincian 2 kasus sudah sembuh, 2 kasus sembuh masih

masapengobatan, 2 kasus dalam masa pengobatan dan 3 kasus meninggal. Pada tahun 2016 jumlah kasus yang dilaporkan masih 9 TB MDR kasus dengan tambahan kasus baru diluar kasus yang meninggal pada tahun 2015 dengan rincian 2 kasus gagal diobati, 6 kasus masa pengobatan, dan 1 kasus meninggal. Pada tahun 2017 terjadi peningkatan kasus yang dilaporkan yaitu terdapat 13 kasus TB MDR dengan rincian 11 kasus dalam masa pengobatan dan 2 kasus meninggal⁽¹⁵⁾.

Sistem kesehatan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam penanganan kasus TB MDR. Penelitian yang dilakukan oleh Gerard de Vries dan kawan-kawan pada tahun 2017 menyatakan sistem kesehatan merupakan faktor kunci untuk mencapai hasil pengobatan yang baik untuk pasien TB MDR yaitu; diagnosis tepat waktu terhadap TB resisten obat, sistem keuangan yang dapat memastikan akses ke pengobatan, dukungan untuk pasien, pendekatan berpusat pada pasien dengan kolaborasi lintas sektor yang menangani kebutuhan emosional dan sosial pasien, pelayanan kesehatan yang penuh motivasi dan dedikasi, pekerja dengan mandat yang memadai dan sarana untuk mendukung pasien, dan manajemen lintas batas⁽¹⁶⁾.

European Centra For Desease Prevention and Control 2014 juga menyatakan bahwa faktor-faktor sistem kesehatan yang menjadi kunci untuk mencapai hasil pengobatan yang baik untuk pasien TB yang resisten terhadap berbagai obat di Uni Eropa (EU) dan Wilayah Ekonomi Eropa (EEA) adalah diagnosis TB yang resisten terhadap obat tepat waktu melalui penerapan tes kerentanan obat molekuler yang cepat sesuai dengan pedoman nasional, sistem keuangan yang menguntungkan untuk pengobatan dan dukungan TB yang resisten terhadap berbagai obat tanpa hambatan keuangan bagi pasien, kerjasama antar sektor yang membahas kebutuhan emosional dan sosial pasien serta kebutuhan klinis

mereka, seperti rejimen pengobatan, pengelolaan bersama ketergantungan zat dan komorbiditas lainnya, dan pekerja perawatan yang termotivasi dan berbakti dengan mandat yang cukup dan sarana untuk mendukung pasien. Hasil yang dilaporkan menyatakan bahwa layanan kesehatan di EU/EEA umumnya sudah dilengkapi dengan baik untuk mendiagnosis dan mengobati TB MDR. Namun ada beberapa faktor sistem yang menghambat identifikasi seperti akses yang tidak memadai, penggunaan pengujian molekuler yang cepat, keahlian terbatas dan pembagian keahlian yang terbatas antara profesional, kurangnya bimbingan pengobatan dan perawatan pasien yang melintasi perbatasan. Akibatnya, tingkat keberhasilan pengobatan pertama di negara itu rendah⁽¹⁷⁾.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Stephanie Lau *et al.* pada tahun 2017 di India menyatakan bahwa, praktek manajemen pengobatan TB yang tidak sesuai oleh pelayanan publik maupun swasta akan memperparah kejadian MDR TB. Pada penelitian ini memprediksikan bahwa apabila di India praktek manajemen tidak berubah, maka 20 tahun kedepan akan terjadi peningkatan 47% resisten isoniazid, peningkatan 152% MDR TB, peningkatan 257% infeksi tuberkulosis resisten multi-obat. Pada tahun 2032 juga diperkirakan sekitar 85% tuberkulosis yang resisten multidrug akan menjadi tuberkulosis resisten primer. sebanyak 87% terdapat MDR TB disebabkan oleh kepatuhan minum obat dan perawatan yang tidak selesai oleh sektor swasta⁽¹⁸⁾.

Sedangkan pada Permenkes No 13 tahun 2013 dinyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya tuberkulosis resisten obat yaitu pertama berasal dari pemberi jasa/ petugas kesehatan, yaitu diagnosis tidak tepat, pengobatan yang tidak menggunakan panduan yang tepat, dosis, jenis, jumlah obat. Dari sisi pasien yaitu pasien yang tidak mematuhi anjuran dokter, tidak teratur menelan obat,

menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya, dan efek samping obat. Dari segi program pengendalian TB yaitu, persediaan OAT yang kurang, kualitas OAT yang disediakan kurang⁽¹⁹⁾.

Berdasarkan uraian di atas, tampak bahwa sistem kesehatan memiliki peranan penting dalam penanggulangan TB MDR, termasuk di Kota Padang yang memiliki kasus TB MDR dan jumlahnya yang cenderung meningkat. Namun hingga saat ini belum ada penelitian terkait dengan TB MDR di Kota Padang yang mengeksplor kesiapan sistem kesehatan kota dalam penanganan TB MDR. Maka dari itu, perlu dilakukan penelitian terkait analisis sistem kesehatan terhadap penanganan TB MDR di Kota Padang.

Penelitian ini bersifat sementara dan dapat berkembang setelah peneliti di lapangan. Fokus dalam penelitian ini pada tahapan *input* dilihat ketersediaan dan kekurangan komponen sumberdaya (*man*), dana (*money*), sarana prasarana (*material*), kebijakan (*methode*) dan alat (*machine*). Tahapan *process* dilihat pelaksanaan dan kendala dalam penjarangan suspek, penegakan diagnosa, pengobatan. Tahapan *Output* dilihat tantangan dalam cakupan penemuan kasus resistant obat, angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat, persentase kasus TB resisten obat yang memulai pengobatan lini kedua.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana penanganan *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang yang dianalisis dengan menggunakan pendekatan sistem?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mengetahui analisis sistem dalam penanganan kejadian *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang.

Tujuan Khusus

1. Menggali ketersediaan dan kekurangan komponen *input* sistem kesehatan Kota Padang secara mendalam dalam penanganan TB MDR
2. Mengeksplor pelaksanaan komponen *process* dan kendalanya secara mendalam dalam sistem kesehatan Kota Padang dalam penanganan TB MDR
3. Mengetahui *output* sistem kesehatan Kota Padang dalam penanganan TB MDR dan menggali secara mendalam tantangan yang dihadapi dalam mencapai *output*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Menambah pengetahuan peneliti tentang analisis sistem dalam Penanganan *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang.
2. Menambah pengetahuan peneliti dalam mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis dan menginterpretasikan data yang diperoleh.
3. Memungkinkan peneliti selanjutnya untuk menggunakan hasil penelitian ini sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya bsesuai berdasarkan topik yang dibahas.

1.4.2 Manfaat Praktis

Bagi Peneliti Melalui penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan atau wawasan tentang analisis sistem dalam Penanganan *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang.

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi tambahan untuk ilmu pengetahuan mahasiswa yang selanjutnya dapat dikembangkan lebih luas untuk mengetahui analisis pengaruh sistem kesehatan terhadap kejadian *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang.

2. Bagi Instansi Kesehatan

- Untuk mengetahui ketersediaan dan kelemahan komponen *input* sistem kesehatan Kota Padang secara mendalam dalam penanganan TB MDR
- Untuk mengetahui pelaksanaan komponen *process* dan kendalanya secara mendalam dalam sistem kesehatan Kota Padang dalam penanganan TB MDR.
- Untuk mengetahui *output* sistem kesehatan Kota Padang dalam penanganan TB MDR dan menggali secara mendalam tantangan yang dihadapi dalam mencapai output.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Padang dimana peneliti melakukan pengambilan sampel pada 2 puskesmas paling banyak ditemukan kasus TB MDR yaitu puskesmas Lubuk Begalung dengan 9 kasus, puskesmas Belimbing dengan 5 kasus dan 2 puskesmas yang sedikit kasus TB MDR yaitu puskesmas Pemancungan 2 kasus, kemudian puskesmas Lapai 2 kasus untuk mengetahui secara mendalam penanganan *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (TB-MDR) di Kota Padang yang dianalisis dengan menggunakan pendekatan sistem, di tinjau dari segi *input* berupa ketersediaan dan kekurangan *man, money, material, methods* dan *machine*, segi proses berupa pelaksanaan dan kendala penjarangan suspek, penegakan diagnosis TB MDR,

pengobatan. Dari segi *output* berupa tantangan dalam mencapai cakupan penemuan kasus resistant obat, angka keberhasilan pengobatan pasien TB resisten obat, persentase kasus TB resisten obat yang memulai pengobatan lini kedua.

